


Urgences en gériatrie



Quand être inquiet face à un patient ?

Définition

 **s'inquiéter**

verbe pronominal

2 attitudes
face au
patient



Conjugaison

E

1. Éprouver du souci, de l'inquiétude, se faire du mauvais sang : S'inquiéter de ne pas voir rentrer son fils.

SYNONYMES :

s'alarmer - se biler (**familier**) - se faire de la bile (**familier**) - se frapper - se préoccuper - se soucier - se tourmenter - se tracasser

2. S'occuper de savoir, de connaître quelque chose, s'enquérir de quelque chose : Je me suis inquiété de l'heure des trains.

3. Tenir compte de quelque chose, s'en préoccuper, s'en soucier : Il a agi sans s'inquiéter des conséquences de son acte.



Pour tout patient âgé

- Polypathologiques
 - Risque de cascade gériatrique
 - Signes de gravité classiques parfois absents
 - Présence médicale intermittente
 - Anticiper les intensités de soins
 - Recueil des souhaits du patient
-
- MAIS...
 - Chronophage
 - Anxiogène
 - Evolution de l'état clinique

Recherche de signes d'alerte

- Hétérogénéité de la population
- Se concentre sur la prise en charge
- Ne pas imposer la réflexion sur des directives anticipées ou la fin de vie
- Continuité des soins efficace
- S'adapter à l'évolution des soins

- MAIS...
- Formation médicale gériatrique insuffisante
- Décision en urgence plus délicate



Décision d'intensité des soins

- Démarche anticipatoire et éthique
- Information patient +/- pers. de confiance
- Décision personnalisée = terrain + souhaits patient
- Complexité = collégialité (Med + paramed)
- Traçabilité ++

24 premières h

Réa
Massage,
Dialyse, IOT, ...

Soins intensifs
surveillance scopée,
amines, VNI,

Soins actifs dans le service
Actes invasifs, tt lourds...

Soins palliatifs
Soulager, limitation bio, cst, tt...

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE # 29

Réévaluer

Evaluer la **gravité du patient** et le **degré d'urgence** de la décision (+/- premières mesures, stabiliser le patient)

Recueillir les **éléments médicaux objectifs** du dossier

- Âge, sexe
- Autonomie fonctionnelle (ADL / IADL), score de fragilité CFS, comorbidités
- Motif d'hospitalisation initial
- Motif de la décision actuelle, gravité de la situation

Que sait-on de la **volonté du patient** ?

- Discuter avec le patient, si possible
- Rechercher des DA / une personne de confiance
- Que disent les proches ?

Existe-il des **recommandations type** dans la situation actuelle ?

Solliciter un **avis extérieur** (pas d'auto-censure)

Délibérer, si possible de manière **collégiale**, en équipe

En l'absence d'accord sur la décision dans l'équipe elle-même, ou avec le patient ou ses proches :

- Différer la décision si possible
- Prévoir un nouveau temps de discussion à une date ultérieure

Critères de gravité et patients âgés



- Classiques : glasgow <13, PAS<90 mmHg, SpO2<90 %, marbrures, hypothermie, ...

- Gériatriques

- Confusion
- Dénutrition
- Escarre

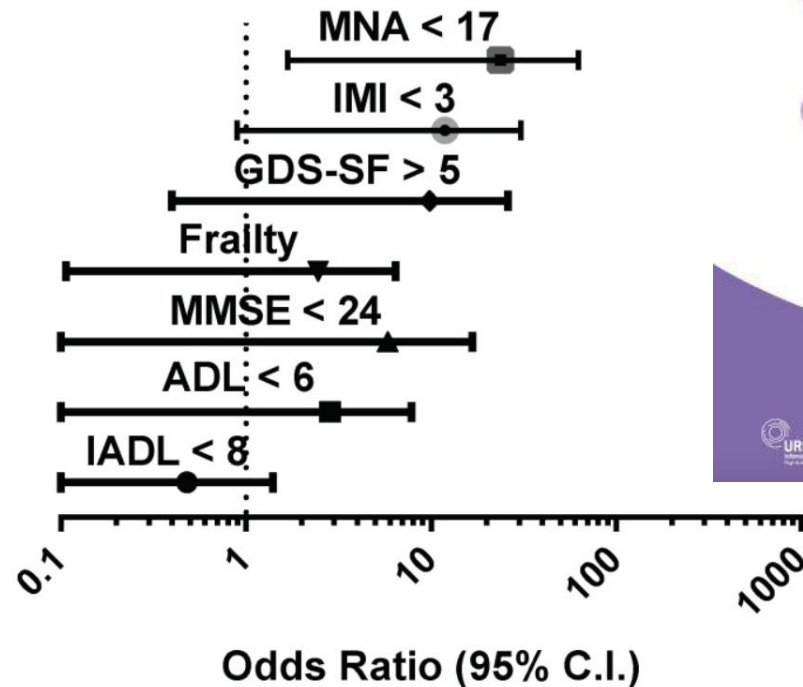


- Complexité thérapeutique: thrombose + hémorragie, insuffisance rénale sévère, troubles de déglutition sévère, opposition aux soins

Dénutrition

- 30 à 50 % de nos patients d'aigu
- Traduit souvent une cascade gériatrique
- Marqueur de risque majeur de mortalité intra-hospit

Nutrients. 2019 Apr 5;11(4):790.



Odds ratios of factors associated with in-hospital mortality in a multivariate logistic regression model applied in the entire cohort studied. MNA, mini nutritional assessment; IMI, Italian Mediterranean index; GDS-SF, geriatric depression scale-short form; ADL, activities of daily living; IADL, instrumental activities of daily living; MMSE, mini-mental state examination.



Escarre

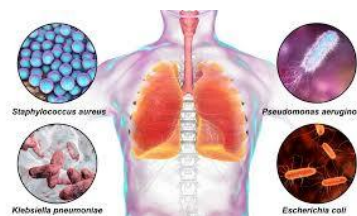
- 10 à 20 % des patients d'UGA



TABLE 3 Association of HAPI by stages with hospital acquired conditions, readmissions, and in-hospital mortality^a

	HAPI Stage 1	HAPI Stage 2	HAPI Stage 3	HAPI Stage 4
	RR (95% CI)	RR (95% CI)	RR (95% CI)	RR (95% CI)
	n = 6931	n = 17 172	n = 2905	n = 1207
<i>Hospital Acquired and Other Conditions^b</i>				
ARDS	1.47 (1.34, 1.62)	1.50 (1.42, 1.58)	1.35 (1.19, 1.53)	1.39 (1.23, 1.58)
Pneumonia	2.47 (2.25, 2.70)	2.88 (2.74, 3.04)	2.85 (2.48, 3.27)	3.41 (2.99, 3.88)
VAP	3.10 (2.20, 4.38)	5.78 (4.90, 6.81)	6.96 (5.07, 9.55)	11.75 (8.66, 15.93)
Osteomyelitis	1.13 (0.85, 1.50)	1.14 (0.98, 1.32)	1.02 (0.77, 1.35)	1.14 (0.81, 1.63)
Sepsis	1.31 (1.06, 1.58)	1.49 (1.35, 1.66)	1.21 (0.95, 1.53)	1.35 (1.01, 1.80)
Falls	2.27 (1.75, 2.95)	2.12 (1.79, 2.51)	2.00 (1.34, 2.99)	0.81 (0.30, 2.20)
UTI	3.05 (2.83, 3.29)	3.53 (3.38, 3.69)	3.94 (3.58, 4.32)	4.67 (4.14, 5.26)
VTE	2.87 (2.53, 3.25)	3.74 (3.49, 4.00)	4.11 (3.57, 4.73)	4.23 (3.50, 5.13)
<i>Readmissions and Mortality^b</i>				
All-cause 30-day	2.00 (1.90, 2.10)	1.98 (1.92, 2.05)	1.69 (1.54, 1.85)	1.51 (1.31, 1.74)
All-cause 90-day	1.85 (1.77, 1.93)	1.83 (1.78, 1.88)	1.58 (1.46, 1.71)	1.42 (1.26, 1.61)
All-cause 180-day	1.73 (1.67, 1.80)	1.69 (1.65, 1.73)	1.42 (1.32, 1.52)	1.28 (1.14, 1.44)
Mortality	4.09 (3.72, 4.50)	5.09 (4.82, 5.38)	5.36 (4.72, 6.08)	5.75 (4.86, 6.80)

Abbreviations: ARDS, acute respiratory distress syndrome; UTI, urinary tract infection; VAP, ventilator associated pneumonia; VTE, venous thromboembolism.



- Associé à terrain altéré
 - TNC, dénutrition, dépendance, anémie

Int Wound J. 2013 May 21;12(3):254–259.

- Associé à
 - complications intra H
 - mortalité
 - dès stade 1

Int Wound J. 2020;17:1924–1934

Confusion

- Concerne 1/3 des PA hospitalisées: 1/2 dès l'admission, 1/2 pendant le séjour
- Traduit sévérité épisode aigu et/ou altération du terrain (idem escarre + polymédication, dépression, troubles sensoriels)
- Formes hypo actives
 - Plus fréquentes (2/3)
 - repérées tardivement
 - Altération du pronostic équivalente à forme hyperactive
- Confusion x3-4 le risque de décéder le lendemain



Anesth Analg. 2021 Nov 1;133(5):1152–1161.



Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs

(étiquette)

Nom du patient : _____
 Date de naissance : _____
 Numéro de dossier : _____
 Date : _____ Heure : _____
 Évaluateur : _____

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	1
Clairement anormal	4

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus/peut être testé	2

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. » Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs
 1-3 : troubles cognitifs possibles
 0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probables
 délirium encore possible si information incomplète à |

L'algorithme diagnostique du CAM

1 + 2 + 3 ou 4 = état confusionnel aigu

Les critères 1 et 2 sont obligatoires

1. Début soudain et fluctuation des symptômes

-> Changement soudain de l'état mental

2. Inattention

-> Difficultés à focaliser l'attention, distractibilité, difficultés à se rappeler les informations qui viennent d'être dites

3. Désorganisation de la pensée

-> pensée désorganisée ou incohérente (logorrhée, propos inappropriés ou décousus, passage du « coq à l'âne »)

4. Altération de l'état de conscience

-> hypervigilance (sursaute très facilement), léthargie (somnolence, facilement réveillable), stupeur (difficile à réveiller), coma

A éviter

Il ne va pas mourir docteur ?

Non, vous pouvez rentrer tranquille

- Information juste sans être catastrophiste

Je ne le sens pas le patient de ch 8

T'inquiètes! ça va aller, je l'ai mis sous augmentin, cortico, lasilix

- Tenir compte de l'avis des soignants expérimentés

- Famille compliquée et exigeante
 - Agressivité rime souvent avec anxiété
 - Stratégie d'évitement contre-productive
 - Désamorcer, lever les incompréhensions



Loi de Murphy

Si un incident ne doit absolument pas se produire, soyez sûr qu'il arrivera toujours au pire moment.

Take Home Messages

- S'inquiéter, c'est...
 - s'astreindre à **connaitre** son patient et ses souhaits
 - **anticiper** les problèmes, les conflits, les traitements
 - tenir compte des **signes pronostiques** gériatriques
 - **aider ses collègues** dans la nuit
 - **écouter** et rassurer ses équipes
- Un mal nécessaire mais indispensable, au cœur du métier de gériatre
- Penser à **l'intensité des soins dès l'entrée**



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

